

Anhang 2 der KLV / Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL)

wird wie folgt geändert:

¹ In der Amtlichen Sammlung (AS) mittels Verweispublikation veröffentlicht. Einsehbar unter der Internetadresse des Bundesamtes für Gesundheit (BAG): www.bag.admin.ch > Versicherungen > Krankenversicherung > Leistungen und Tarife > Mittel und Gegenständeliste (MiGeL)

Vorbemerkungen

2.3 Abgrenzung zu Leistungen anderer Sozialversicherungen

Bei Mitteln und Gegenständen, die auch im Rahmen der Leistungspflicht der Alters- und ~~Hinterbliebenen~~~~Hinterlassenen~~- (AHV), der Invaliden- (IV), der Unfall- (UV) oder der Militärversicherung (MV) abgegeben werden können, ist mit Blick auf die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) folgende Abgrenzung zu beachten:

In Bezug auf die Leistungskoordination der verschiedenen Sozialversicherungen wird auf Artikel 63 ff. des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) verwiesen.

Weiter ist in Artikel 27 KVG spezifisch die Koordination bei Geburtsgebrechen erwähnt, wonach die OKP bei Geburtsgebrechen, die nicht durch die Invalidenversicherung gedeckt sind, die Kosten für die gleichen Leistungen wie bei Krankheit übernimmt (altersbedingt nach dem vollendeten 20. Altersjahr oder wenn ein Kind mit einem Geburtsgebrechen die versicherungsmässigen Voraussetzungen der IV nicht erfüllt).

Wenn die Anwendung von Mitteln und Gegenständen durch ein Geburtsgebrechen indiziert ist, kommen besondere, für Geburtsgebrechen anwendbare, Bestimmungen zur Anwendung (Art. 27 KVG, Art. 52 Abs. 2 KVG, Art. 35 KVV). Bei Geburtsgebrechen besteht für die Zeit ab dem 20. Altersjahr eine Leistungspflicht für diejenigen medizinischen Massnahmen, die bis anhin bereits von der IV vergütet worden sind, sofern die WZW-Kriterien immer noch erfüllt sind. Denn nach Artikel 52 Absatz 2 KVG werden für Geburtsgebrechen zusätzlich Kosten für die zum Leistungskatalog der IV gehörenden medizinischen Massnahmen übernommen.

Wenn ~~also~~ die Leistungspflicht nach der AHV, IV, UV oder MV für Mittel und Gegenstände gegeben ist, wird die Vergütung im Rahmen der Vorgaben der jeweiligen Sozialversicherung abgewickelt. Beispielsweise gehen die Kosten für Mittel und Gegenstände bei Unfällen zu Lasten der Unfallversicherung, wenn die Deckung einer obligatorischen Unfallversicherung vorliegt. Die IV übernimmt insbesondere auch Kosten für Gehhilfen, Hörhilfen, Brillen und Kontaktlinsen, orthopädisches Schuhwerk, Orthesen und Prothesen sowie elektronische Sprechhilfegeräte. Die AHV übernimmt ebenfalls Kosten für orthopädische Mass- und Serienschuhe, Hörgeräte, Lupenbrillen und elektronische Sprechhilfegeräte.

[...]

4.6 «pro Jahr», «pro Rata» und «pro Kalenderjahr»

[...]

Als Ausnahme kann auch mehrfach pro Jahr zu kaufendes, aber unregelmässig zu nutzendes Material einen HVB pro Jahr erhalten. Ein Beispiel sind Blutzucker-Messstreifen bei nicht insulinpflichtigen ~~Diabetikern~~ **Personen mit Diabetes**. Hier ist die einmal tägliche (einer pro rata-Vergütung entsprechende) Anwendung nur in wenigen Ausnahmefällen medizinisch sinnvoll. Hingegen sollen kurzzeitige Perioden mit intensiveren Messungen, z.B. für Therapieumstellungen, ermöglicht werden. Gleichzeitig wird so berücksichtigt, dass auch bei einem Beginn mit Blutzuckermessungen gegen Ende Jahr zunächst eine Kleinpackung Messstreifen vergütet werden kann.

[...]

5 Definitionen und Erläuterungen zu den einzelnen Produktgruppen (gemäss Aufbau MiGeL)

31. Tracheostoma-Hilfsmittel

[...]

In speziellen medizinisch begründeten Fällen kann auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt, bei höherem Aufwand bis maximal das Doppelte des für die entsprechende Position vorgesehenen Höchstvergütungsbetrages ~~jeweils für 1 Jahr~~ vergütet werden. Dies kann insbesondere in Situationen erforderlich sein, in denen aufgrund medizinischer oder anatomischer Gründe Material langfristig häufiger getauscht werden muss oder die Verwendung von teurerem Material erforderlich ist, wie z.B. Kanülen auf Mass oder Kanülen für eine subglottische Absaugung. Entsprechende Anträge sind medizinisch zu begründen. Ein kurzfristig höherer Verbrauch sollte über das Jahr auszugleichen sein. Kein medizinischer Grund ist die Verwendung eines Hands-free-Systems für laryngektomierte Versicherte oder eine nicht optimale Versichertenberatung betreffend Material.

36. Künstliche Ernährung (Änderungserlass vom 18.06.2024 mit Änderungen per 01.01.2026, Änderungserlass vom Mai 2025 mit Änderungen per 01.07.2025)

Die künstliche Ernährung ist eine Ernährungstherapie zur Behebung einer nachgewiesenen oder drohenden krankheitsbedingten Mangelernährung. Sie ist nur indiziert, wenn aufgrund medizinischer Krankheitssituationen nicht genügend Nahrung aufgenommen oder der Verbrauch an Nährstoffen durch die normale Nahrungsaufnahme nicht gedeckt werden kann. Sie erfolgt oral sondenfrei oder enteral über eine Sonde und bei nicht funktionierendem Magendarmtrakt parenteral.

Die für die enterale (per Sonde oder oral sondenfrei) künstliche Ernährung verwendeten Produkte sind Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke - kurz FSMP für Foods for special medical purposes – entsprechend den Voraussetzungen nach Artikel 23 – 31 VLBE (Verordnung des EDI über Lebensmittel für Personen mit besonderem Ernährungsbedarf). Parenterale Nährlösungen und Zusätze entsprechen Arzneimitteln gemäss Heilmittelgesetz und werden in der Spezialitätenliste geregelt.

Bei der Anwendung der künstlichen Ernährung im Zusammenhang mit Geburtsgebrechen sind die Erläuterungen unter den Vorbemerkungen 2.3 anwendbar. Bei Diätmitteln bei Geburtsgebrechen entspricht der HVB der im Rahmen der IV für das entsprechende Produkt geltenden Vergütung. Voraussetzung für die Kostenübernahme durch die OKP ist die Erfüllung der WZW-Kriterien.

03. APPLIKATIONSHILFEN**03.02 Insulinpumpen**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
03.02.01.00.2	L	Insulinpumpen-System, Miete Pauschale für Insulinpumpe (inkl. allfällige Notfallpumpenlieferung und Serviceleistungen), Zubehör und Verbrauchsmaterial (Infusions-Set / Katheter, Bauchgurte, Tragsysteme, Ampullen) Anteile Pauschale / Tag für Insulinpumpe CHF 3.65 3.67, für Verbrauchsmaterial CHF 6.42 6.44 (Diese Aufteilung kommt aus technischen Gründen nicht für das System der Patch-Pumpe zur Anwendung). Limitation: Zur Insulintherapie: bei labilem Diabetes und / oder wenn die Einstellung auch mit der Methode der Mehrfachinjektionen medizinisch unbefriedigend ist Indikationen des Pumpeneinsatzes und Betreuung des Patienten / der Patientin durch Fachärzte und Fachärztinnen für Endokrinologie / Diabetologie oder durch ein qualifiziertes Zentrum mit mindestens einem Facharzt / einer Fachärztin für Endokrinologie / Diabetologie.	Pauschale / Tag	10.11	9.61	01.07.2018 01.10.2021 01.01.2024 01.07.2025	B,C P B,P C

14. INHALATIONS- und ATEMTERAPIEGERÄTE**14.10 Sauerstofftherapie**

Für die Sauerstofftherapie stehen verschiedene, im therapeutischen Nutzen ebenbürtige Systeme zur Verfügung. Abhängig vom Verbrauch, vom Anwendungszeitraum und vom Bedarf für die Mobilität ist jeweils das wirtschaftlichste System zu wählen (weitere Informationen dazu finden sich im Kapitel 5 der Vorbemerkungen).

Für die Sauerstofftherapie gilt folgende Limitation:

- Mit geeigneten Methoden nachgewiesener Sauerstoffmangel (z.B. Sauerstoffsättigung, Blutgasanalyse) oder
- Diagnose eines Cluster headache

Für die Therapiefortsetzung nach 3 Monaten bedarf es **zudem** der Indikationsstellung für die Sauerstofftherapie und deren Modalität

- durch Fachärztinnen oder Fachärzte der folgenden Fachrichtungen: Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt pädiatrische Pneumologie (Weiterbildungsprogramm vom 1. Juli 2004, revidiert am 16. Juni 2016⁷) oder Pneumologie ~~oder Allgemeine Innere Medizin oder Kinder- und Jugendmedizin~~
- **oder bei Personen in palliativen Situationen am Lebensende durch Fachärztinnen oder Fachärzte der folgenden Fachrichtungen: Kinder- und Jugendmedizin oder Pneumologie oder Allgemeine Innere Medizin**
- bei der Diagnose Cluster headache durch Fachärztinnen oder Fachärzte für Neurologie

14.10a Sauerstoff-Konzentratoren

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
14.10.20.00.2	L	Stationärer Sauerstoff-Konzentrator, Miete Gerät allenfalls mit Rollen zur Bewegung innerhalb der Wohnung, Betrieb am Stromnetz inkl. Wartung, Wartungsmaterial, Molekularsieb-Ersatz , Aufbereitung und Rücknahme. Limitation: • siehe 14.10a • Für eine Therapiefortsetzung nach 3 Monaten ist eine vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt. Dabei ist insbesondere die Wirtschaftlichkeit der geplanten Versorgung darzulegen (Abwägung gegenüber Kauf).	Miete / Tag	1.53 1.48	1.38 1.33	01.07.2012 01.10.2021 01.04.2022 01.01.2024 01.07.2025	C,P B,C,P B,P B,C,P

⁷ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref

		HVB Pflege: Vergütung nur bei Anwendung durch Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner die den Beruf selbständig und auf eigene Rechnung ausüben					
14.10.20.01.2	L	Stationärer Sauerstoff-Konzentrator mit hohem Sauerstoff-Fluss (>6 l O2/min), Miete Gerät allenfalls mit Rollen zur Bewegung innerhalb der Wohnung, Betrieb am Stromnetz inkl. Wartung, Wartungsmaterial, Molekularsieb-Ersatz, Aufbereitung und Rücknahme. Limitation: - siehe 14.10a - Nur nach vorgängiger besonderer Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt	Miete / Tag	2.75 2.54	2.61 2.41	01.04.2022 01.01.2024 01.07.2025	N B,P B,C,P
14.10.20.80.3		Pauschale für die technische Erstinstruktion und Erstinstallation für stationäre n Sauerstoff-Konzentrator durch Techniker des Herstellers oder des Anbieters	Pauschale	35.13 43.50		01.01.2003 01.10.2021 01.04.2022 01.07.2022 01.01.2024 01.07.2025	C,P B,C,P C,P B B
14.10.22.00.2	L	Portabler Sauerstoff-Konzentrator, Miete Gerät mit geringem Gewicht zur Nutzung unterwegs und ausserhalb der Wohnung, mit Tragtasche oder Trolley Netzunabhängiger Betrieb mit Akkus (Betrieb am Stromnetz allenfalls möglich) Inkl. Wartung, Wartungsmaterial, Molekularsieb- und Akku-Ersatz, Wiederaufbereitung, Rücknahme und das für die mobile Nutzung notwendige Zubehör in Form von Akku, Rucksack/Tragtasche oder Trolley. Limitation: - siehe 14.10a - Für eine Therapiefortsetzung nach 3 Monaten ist eine vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin	Miete / Tag	5.68 6.02	5.40 5.72	01.04.2022 01.01.2024 01.07.2025	N B,P B,P

		berücksichtigt. Dabei sind die Wirtschaftlichkeit der geplanten Versorgung (Abwägung gegenüber Kauf) und der erzielte therapeutische Nutzen darzulegen. - Die Kostengutsprache ist danach jährlich einzuholen. Dabei ist zusätzlich die Mobilität des Patienten oder der Patientin mit dem Konzentrator darzulegen. - nicht anwendbar mit Pos. 14.10.26, 14.10b und 14.10c					
14.10.22.80.3		Pauschale für die technische Erstinstruktion und Erstinstallation für portablen Sauerstoff-Konzentrator durch Techniker des Herstellers oder des Anbieters	Pauschale	50.19 49.67	47.68 47.19	01.04.2022 01.07.2022 01.01.2024 01.07.2025	N C B,P B,P
14.10.25.90.1		Wartung für Sauerstoff-Konzentratoren ab 2. Jahr nach Kauf Inkl. Wartungsmaterial gemäss Wartungsplan des Herstellers Anwendbar mit Pos. 14.10.20.00.1, 14.10.20.01.1, 14.10.22.00.1	pro Jahr	115.43 105.04	109.66 99.79	01.01.2003 01.10.2021 01.04.2022 01.01.2024 01.07.2025	P B,C,P B,P B,P
14.10.25.91.1	L	Ersatz-Molekularsieb für portablen Sauerstoff-Konzentrator nach Kauf Inkl. Wechsel durch technische Fachperson im Rahmen der regulären Wartung (Pos. 14.10.25.90.1) Limitation: - Kostenübernahme gemäss besonderer Gutsprache vor Kauf des Sauerstoff-Konzentrators - anwendbar mit Pos. 14.10.20.00.1, 14.10.20.01.1, 14.10.22.00.1	1 Stück	294.09 217.85	279.38 206.96	01.04.2022 01.01.2024 01.07.2025	N B,P B,C,P

14.10.25.92.1	L	Ersatz-Akku für portablen Sauerstoff-Konzentrator nach Kauf Nachkauf bei Verschleiss. Bei Neukauf des Konzentrators erworbene spezielle Akku-Packs zählen zum Gerätepreis gemäss Pos. 14.10.22.00.1 Limitation: - Vergütung nur nach vorgängiger Kostengutsprache des Versicherers - anwendbar mit Pos. 14.10.22.00.1	1 Stück	573.12 417.80	544.46 396.91	01.04.2022 01.01.2024 01.07.2025	N B,P B,P
---------------	---	---	---------	-----------------------------	-----------------------------	--	-----------------

14.11 Geräte zur Behandlung von Atemstörungen im Schlaf

[...]

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
14.11.05.00.1	L	Verbrauchsmaterial (Schlauchsystem, Masken, Filter, Wasserkammer) für Geräte zur Behandlung von Atemstörungen im Schlaf In speziellen medizinisch begründeten Fällen (z.B. pädiatrische Versicherte) kann auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt, bei höherem Aufwand bis maximal das Doppelte des genannten Höchstbetrages jeweils für 1 Jahr vergütet werden. Anwendbar mit Pos. 14.11.02.00.1, 14.11.02.00.2, 14.11.03.00.2, 14.11.04.00.2	pro Jahr	381.41	343.27	01.01.1999 01.01.2021 01.03.2021 01.10.2021 01.01.2024 01.07.2025	C B,C P B,P C

14.12 Geräte für die mechanische Heimventilation

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
14.12.02.05.1	L	Verbrauchsmaterial für Heimbeatmungsgerät zur Atemunterstützung bei Personen mit ventilatorischer Insuffizienz: Schlauch-, Ventil-, Maskensysteme und Filter In speziellen medizinisch begründeten Fällen kann auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt, bei höherem Aufwand bis maximal das Doppelte des genannten Höchstbetrages jeweils für 1 Jahr vergütet werden.	pro Jahr	451.67	406.50	01.01.2001 01.01.2021 01.10.2021 01.01.2022 01.01.2024 01.07.2025	C P B,C,P B,P C
14.12.03.05.1	L	Verbrauchsmaterial für dauernd vom Heimbeatmungsgerät abhängige Personen bei <u>nicht-invasiver</u> Beatmung: Schlauch-, Ventil-, Maskensysteme, Filter In speziellen medizinisch begründeten Fällen kann auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt, bei höherem Aufwand bis maximal das Doppelte des genannten Höchstbetrages jeweils für 1 Jahr vergütet werden.	pro Jahr	1'003.71	903.34	01.01.2022 01.01.2024 01.07.2025	N B,P C
14.12.03.06.1	L	Verbrauchsmaterial für dauernd vom Heimbeatmungsgerät abhängige Personen bei <u>invasiver</u> Beatmung: Schlauch-, Ventil-, Maskensysteme, Filter In speziellen medizinisch begründeten Fällen kann auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt, bei höherem Aufwand bis maximal das Doppelte des genannten Höchstbetrages jeweils für 1 Jahr vergütet werden.	pro Jahr	3'211.88	2'890.70	01.01.2022 01.01.2024 01.07.2025	N B,P C

15. INKONTINENZHILFEN**15.01 Aufsaugende Inkontinenzprodukte**

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
15.01.03.00.1	L	Aufsaugende Hilfsmittel für totale Inkontinenz In speziellen medizinisch begründeten Fällen (z.B. bei Verhaltensstörungen im Rahmen von Demenzerkrankungen, Stuhlinkontinenz mit chronischer Diarrhoe) kann auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt, bei höherem Aufwand bis maximal das Doppelte des genannten Höchstbetrages jeweils für 1 Jahr vergütet werden, sofern eine zweckmässige und wirtschaftliche Anwendung der Produkte gewährt ist.	Pro Jahr (pro rata)	1'584.86	1'267.89	01.01.2011 01.04.2019 01.10.2020 01.10.2021 01.01.2024 01.07.2025	 B,C C P B,P C

17. KOMPRESSIIONSTHERAPIE-MITTEL**17.15 Kompressionsbandagen Massanfertigung, flachgestrickt**

[...]

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
17.15.01.00.1	L	Bein-Kompressionsbandage nach Mass, flachgestrickt (ohne oder mit Pelotten) Vergütung gemäss Positionen SVOT-Tarif in der Fassung vom 1. Januar Oktober 2024, zu TP-Wert Fr. 1.00 zzgl. MWST Limitation: siehe Pos. 17.15				01.01.2017 01.04.2019 01.07.2019 01.07.2021 01.10.2021 01.07.2022 01.07.2023 01.07.2024 01.07.2025	 C C C P C C C C

17.15.02.00.1	L	Hand-Kompressionsbandage nach Mass, flachgestrickt (ohne oder mit Pelotten) Vergütung gemäss Positionen SVOT-Tarif in der Fassung vom 1.-Januar Oktober 2024, zu TP-Wert Fr. 1.00 zzgl. MWST Limitation: siehe Pos. 17.15				01.01.2017 01.04.2019 01.07.2019 01.07.2021 01.10.2021 01.07.2022 01.07.2023 01.07.2024 01.07.2025	C C C P C C C C
17.15.03.00.1	L	Arm-Kompressionsbandage nach Mass, flachgestrickt (ohne oder mit Pelotten) Vergütung gemäss Positionen SVOT-Tarif in der Fassung vom 1.-Januar Oktober 2024, zu TP-Wert Fr. 1.00 zzgl. MWST Limitation: siehe Pos. 17.15				01.01.2017 01.04.2019 01.07.2019 01.07.2021 01.10.2021 01.07.2022 01.07.2023 01.07.2024 01.07.2025	C C C P C C C C
17.15.04.00.1	L	Leib / Rumpf-Kompressionsbandage nach Mass, flachgestrickt (ohne oder mit Pelotten) Vergütung gemäss Positionen SVOT-Tarif in der Fassung vom 1.-Januar Oktober 2024, zu TP-Wert Fr. 1.00 zzgl. MWST Limitation: siehe Pos. 17.15				01.01.2017 01.04.2019 01.07.2019 01.07.2021 01.10.2021 01.07.2022 01.07.2023 01.07.2024 01.07.2025	C C C P C C C C

17.15.05.00.1	L	Kopf- / Hals-Kompressionsbandage nach Mass, flachgestrickt (ohne oder mit Pelotten) Vergütung gemäss Positionen SVOT-Tarif in der Fassung vom 1. Januar Oktober 2024, zu TP-Wert Fr. 1.00 zzgl. MWST Limitation: siehe Pos. 17.15				01.01.2017	
						01.04.2019	C
						01.07.2019	C
						01.07.2021	C
						01.10.2021	P
						01.07.2022	C
						01.07.2023	C
						01.07.2024	C
						01.07.2025	C

21. MESS-SYSTEME FÜR KÖRPERZUSTÄNDE / -FUNKTIONEN

21.02 In-vitro-Diagnostica; Systeme für Blutanalysen und Blutentnahme

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
21.02.10.00.1	L	Blutzucker-Messgerät / -System mit Sprachausgabe Limitation: - Für blinde und stark sehbehinderte Diabetiker/-innen-Personen mit Diabetes - max. 1 Gerät alle zwei Jahre	1 Stück	108.25	102.84	01.03.2018 01.10.2021 01.01.2024 01.07.2025	B,C P B,P C

21.03 In-vitro-Diagnostica; Reagenzien und Verbrauchsmaterial für Blutanalysen

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
21.03.01.01.1	L	Reagenzträger für Blutzuckerbestimmungen zur Auswertung und Wertanzeige mittels Gerät Ohne Mengenbeschränkung bei insulinpflichtigen Diabetikern-Personen mit Diabetes und bei Personen Patientinnen mit Diabetes in der Schwangerschaft Limitation: Bei nicht insulinpflichtigen Diabetikern-Personen mit Diabetes max. 200 Reagenzträger pro Jahr In speziellen medizinisch begründeten Fällen kann bei folgenden Indikationen bis maximal die doppelte der genannten Anzahl Reagenzträger pro Jahr vergütet werden (mindestens eine der folgenden Indikationen muss erfüllt sein): • Einstellungsphasen (höhere Anzahl Reagenzträger während 6 Monaten) • HbA1C > 7.5 % bei Personen mit wenigen koexistierenden chronischen Krankheiten und intakter kognitiver Funktion (höhere Anzahl Reagenzträger so lange das Therapieziel nicht erreicht ist) • HbA1C > 8 % bei Personen mit mehrfach koexistierenden chronischen Erkrankungen, kognitiven Beeinträchtigungen oder Pflegebedürftigkeit (höhere Anzahl Reagenzträger so lange das Therapieziel nicht erreicht ist) • Therapie mit Medikamenten mit erhöhtem Hypoglykämierisiko • Maturity Onset Diabetes of the Young (MODY) • Mitochondrialer Diabetes • Diabetesbeginn vor dem Alter von 30 Jahren • Hämoglobinopathien, bei welchen die HbA1C-Bestimmungen nicht verlässlich sind	1 Stück	0.62	Kategorie A	01.07.2018 01.01.2019 01.04.2021 01.10.2021 01.07.2025	B B,C C P C

23. MASSORTHESEN

Wenn bei der MiGeL-Position kein Höchstvergütungsbetrag genannt ist, erfolgt die Vergütung gemäss Positionen des SVOT-Tarifs in der Fassung vom 1.-~~Januar~~~~Oktober~~ 2024, Taxpunktwert CHF 1.00 zzgl. MWST. oder gemäss Positionen des OSM Tarif, Generierung vom 30.November 2023, Taxpunktwert CHF 1.00 zzgl. MWST

24. PROTHESEN

24.03 Prothesen der Extremitäten

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
24.03.01.00.1		Prothesen der Extremitäten, inkl. notwendige Anpassungen und Prothesenzubehör (Prothesenstrümpfe usw.) Vergütung gemäss Positionen SVOT-Tarif, in der Fassung vom 1.- Januar Oktober 2024, zu TP-Wert CHF 1.00 zzgl. MWST oder gemäss OSM-Tarif, Generierung vom 30. November 2023, zu TP-Wert CHF 1.00 zzgl. MWST.				01.01.2017 01.07.2019 01.07.2021 01.10.2021 01.04.2022 01.07.2022 01.07.2023 01.07.2024 01.07.2025	B C C P C C C C C

25. SEHHILFEN

25.02 Brillen / Kontaktlinsen Spezialfälle

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
25.02.02.00.1	L	Spezialfälle für Kontaktlinsen I Alle Altersgruppen. Inbegriffen: Kontaktlinsen und, inkl. Anpassung durch den Optometristen und die Optometristin. Limitation: • alle 2 Jahre, pro Seite • Visus um 2 / 10 verbessert gegenüber Brille • zusätzlich muss mindestens eine der folgenden Limitationen erfüllt sein: • bei Myopie < -8,0 Dioptrien • bei Hyperopie > +6,0 Dioptrien • Anisometropie ab 3.0 Dioptrien, falls Beschwerden • Astigmatismus < - 3.0 Dioptrien • nicht anwendbar mit Pos. 25.02.03.00.1, 25.02.03.01.1 und 25.02.04.00.1	alle 2 Jahre	271.00	271.00	01.01.1998 01.10.2021 01.01.2024 01.07.2024 01.07.2025	P B,P C C
25.02.03.00.1	L	Spezialfälle für Kontaktlinsen II Alle Altersgruppen. Ohne zeitliche Limitierung, pro Seite. Inbegriffen: Kontaktlinsen und inkl. Anpassung durch den Optometristen und die Optometristin. Limitation: • mindestens eine der folgenden Limitationen muss erfüllt sein: • irregulärer Astigmatismus • Hornhauterkrankungen oder -verletzungen • Status nach Hornhaut-Operation • Iris-Defekte • nicht anwendbar mit Pos. 25.02.02.00.1 und 25.02.04.00.1	pro Seite	632.34	632.34	01.01.1998 01.10.2021 01.01.2024 01.07.2024 01.07.2025	P B,P C C

25.02.03.01.1	L	Spezialfälle für Brillen II Alle Altersgruppen, O ohne zeitliche Limitierung, Inbegriffen: Brille inkl. Brillengläser und Anpassung durch den Optometristen und die Optometristin. Limitation: • mindestens eine der folgenden Limitationen muss erfüllt sein: • Irregulärer Astigmatismus • Hornhauterkrankungen oder -verletzungen • Status nach Hornhaut-Operation • Iris-Defekte • nicht anwendbar mit Pos. 25.02.02.00.1 und 25.02.04.00.1	pro Brille	632.34	632.34	01.07.2024 01.07.2025	N C
---------------	---	---	------------	--------	--------	--------------------------	--------

29. STOMAARTIKEL

In speziellen medizinisch begründeten Fällen kann auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt, bei höherem Aufwand bis maximal das Doppelte des genannten Höchstbetrages ~~jeweils für 1 Jahr~~ vergütet werden.

31. TRACHEOSTOMA-HILFSMITTEL

31.10 Tracheostomaversorgung für Tracheotomierte

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
31.10.00.01.1	L	[...] In speziellen medizinisch begründeten Fällen kann auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt, bei höherem Aufwand bis maximal das Doppelte des genannten Höchstbetrages jeweils für 1 Kalenderjahr vergütet werden.	Pro Kalenderjahr	7'628.23	6'483.99	01.10.2021 01.10.2021 01.01.2024 01.07.2025	N P B,P C

31.20 Tracheostomaversorgung für Laryngektomierte

[...]

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
31.20.00.01.1		[...] In speziellen medizinisch begründeten Fällen kann auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt, bei höherem Aufwand bis maximal das Doppelte des genannten Höchstbetrages jeweils für 1 Kalenderjahr vergütet werden.	pro Kalenderjahr	7'527.86	6'398.68	01.01.2021 01.10.2021 01.01.2024 01.07.2025	N P B,P C

36. KÜNSTLICHE ERNÄHRUNG (Änderungserlass vom 18.06.2024 mit Änderungen per 01.01.2026, Änderungserlass vom Mai 2025 mit Änderungen per 01.07.2025)

Die künstliche Ernährung deckt einen Kalorienbedarf bis maximal 2'500 kcal pro Tag ab. Bei einem niedrigeren Kalorienbedarf sowie bei Kombination von mehreren Positionen gilt ein anteilmässig angepasster HVB.

Ein Beispiel: Der HVB pro Jahr (pro rata) bei 2'500 kcal pro Tag beträgt CHF 12'000.00. Bei einer zweimonatigen Therapiedauer mit 1'500 kcal pro Tag setzt sich die Vergütung folgendermassen zusammen: Der Anteil pro rata temporis (2 Monate) beträgt CHF 2'000.00 bei 2'500 kcal pro Tag. Bei einem Bedarf von 1'500 kcal pro Tag ergibt sich für 2 Monate ein HVB von CHF 1'200.00.

Ein Mehrbedarf > 2'500 kcal pro Tag kann bei Verbrennungen, Gewichtsrehabilitation, Krebserkrankungen, Polytrauma mit ausschliesslich künstlicher Ernährung, Anorexie mit ausschliesslich künstlicher Ernährung und Personen mit hohem Gewicht und Muskelmassenanteil bei krankheitsbedingtem Bedarf an künstlicher Ernährung begründet sein.

Betreffend Diätmittel bei Geburtsgebrechen siehe die Erläuterungen zu Kapitel 36. Künstliche Ernährung in Ziffer 5 der Definitionen und Erläuterungen zu den einzelnen Produktgruppen in den allgemeinen Vorbemerkungen.

Limitation:

- Die Produkte erfüllen die Voraussetzung für Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke (FSMP: Foods for special medical purposes) gemäss Artikel 23 – 31 der Verordnung für Personen mit besonderem Ernährungsbedarf (VLBE).
- Indikation zur künstlichen Ernährung nur bei Personen mit diagnostizierter krankheitsbedingter Mangelernährung oder bei krankheitsbedingtem Risiko einer Mangelernährung gemäss GESKES Richtlinien 2013, Kapitel 1 «Medizinische Grundlagen der künstlichen Ernährung zu Hause» (Version vom Januar 2013).
- Verordnung der kurzzeitigen maximal 3-monatigen oralen sondenfreien Therapie durch Ärzte und Ärztinnen, mit Angabe des Kalorienbedarfs pro Tag, der MiGeL-Positionsnummern sowie der voraussichtlichen Dauer der Therapie. Die Verordnung ist bei Therapiebeginn dem Krankenversicherer einzureichen. Bei Therapieanpassung ist dem Krankenversicherer eine neue Verordnung einzureichen.
- Für eine Therapiefortsetzung der oralen sondenfreien Ernährung ist in jedem Fall nach insgesamt 3 Monaten eine vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt. Bei Therapieanpassung nach erfolgter Therapiefortsetzung ist dem Krankenversicherer eine neue Verordnung einzureichen.
- Für die Verordnung der enteralen Ernährung (mit Sonde) bedarf es einer Verordnung durch Ärzte und Ärztinnen mit Erfahrung in der Anwendung der künstlichen Ernährung unter Angabe des verordneten Kalorienbedarfs pro Tag, der MiGeL-Positionsnummern, der voraussichtlichen Dauer der Therapie sowie des geeigneten Verabreichungsweges gemäss interdisziplinär erarbeitetem Ernährungsplan (Einbezug z.B. von Ernährungsberatung). Die Verordnung ist bei Therapiebeginn dem Krankenversicherer einzureichen. Bei Therapieanpassung ist dem Krankenversicherer eine neue Verordnung einzureichen.

36.02 Diätmittel bei Geburtsgebrechen

Die Vergütung von Diätmitteln bei Geburtsgebrechen erfolgt grundsätzlich gemäss den Bestimmungen (Vertragsbestimmungen, Tarif) der IV (siehe auch Erläuterungen unter 2.3).

In den Fällen, in denen die versicherte Person die Voraussetzungen für den Bezug von Leistungen der entsprechenden Sozialversicherung nicht erfüllt, übernimmt die OKP diese Leistungen, sofern dafür die OKP-Leistungspflicht besteht. Die Höhe der Vergütung erfolgt gemäss den Bestimmungen (Vertragsbestimmungen, Tarif) der IV.

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
36.02.00.00.1		Diätmittel bei Geburtsgebrechen Die Vergütung erfolgt gemäss Bestimmungen (Vertragsbestimmungen, Tarif) der IV.				01.07.2025	N

99. VERSCHIEDENES**99.03 Orale Rehydratationslösungen bei Stoma mit hohem Durchfluss oder Kurzdarmsyndrom**

Kaliumfreie orale Rehydratationslösung zur Behandlung von Hypovolämie bei Stomata mit hohem Durchfluss oder Kurzdarmsyndrom. Das Pulver bestehend aus Glukose und Natriumsalzen muss in Wasser aufgelöst werden.

Limitation:

- Vergütung nur wenn Lösungen mit Kalium durch Personen nicht vertragen werden
- Indikationen:
 - Personen mit eingeschränkter Nierenfunktion oder
 - Personen mit Hyperkaliämie oder mit dem Risiko einer Hyperkaliämie
- max. Anwendungsdauer: 90 Tage

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
99.03.00.01.1	L	Pulver zur Herstellung einer kaliumfreien oralen Rehydratationslösung bei Stoma mit hohem Durchfluss oder Kurzdarmsyndrom	pro g	0.30	0.27	01.07.2025	N